Ueber

Entfernung von Placentarpolypen

durch Erweiterung

des Cervicalkanals mit Pressschwamm.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 28. März 1873

öffentlich vertheidigen wird

Carl Keller

aus Trier.

MARBURG.

Druck von C. L. Pfeil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0118

Kiwisch war bekanntlich der Erste, der auf die fibrinösen Polypen aufmerksam machte und mit diesem Worte eine Apoplexie *) in der Uterushöhle bezeichnete, bei welcher das Blut in dieselbe extravasirt, gerinnt und dann allmählig die gewöhnliche Metamorphose eingeht, welche das Blut in Berührung mit lebenden Flächen im Innern des Körpers zu erleiden pflegt, d. h. es wird allmählig der flüssige und färbende Theil resorbirt und es bleibt ein aus einem schmutzig grauen oder weissen fibrinösen Ueberzuge bestehender Körper, der gewöhnlich in seiner Mitte rothe Blutconcremente zeigt, zurück. Der apoplektische Erguss kann begreiflicher Weise in zusammengezogenem Zustande der Gebärmutter nur höchst unbeträchtlich sein; es ist jedoch hier zu bemerken, dass unter eigenthümlichen, uns unbekannten Bedingungen, dieser Erguss durch längere Zeit angehalten und mit gleichzeitiger Erweiterung und Erweichung der ganzen Gebärmutter, vorzugsweise aber des nachgiebigern Cervikalkanals verknüpft sein kann, so dass das Blutconcrement, so-

*) Klinische Vorträge. I. B. p. 504.

wie die dasselbe umschliessende Höhle einen nicht unbeträchtlichen Umfang erreicht.

Ausser dieser Anschauung über die Entstehung der fibrinösen Polypen hatte Kiwisch ebenfalls behauptet, dass die Bildung derselben ganz unabhängig von Schwangerschaften entständen, welcher Ansicht jedoch Scanzoni ganz entschieden entgegentrat und dieselbe widerlegte, indem er mehrere Fälle von sog. fibrinösen Polypen, die sich nach Abortus gebildet hatten, mittheilte und anderntheils auch darthat, dass die von Kiwisch beobachteten Polypen eine vorhergegangene Conception durchaus nicht ausschlossen.

Scanzoni's Ansicht fand an Rokitansky ebenfalls einen Vertreter.

Im Allgemeinen nimmt man jetzt an, dass bei normaler Beschaffenheit des Uterus fibrinöse Polypen niemals, bei pathologisch verändertem Uterus auf jeden Fall sehr selten vorkommen, natürlich vorausgesetzt, dass Conception resp. Abortus nicht anzunehmen ist, indem in letztern Fällen das Zustandekommen von fibrinösen Polypen sehr begünstigt wird, da einerseits die Uterushöhle noch erweitert, andererseits aber auch die Stelle, wo die Placenta gesessen hat, durch ihre rauhe und hervorragende Beschaffenheit zur Ablagerung von Fibrin sehr geeignet ist.

Was das Zustandekommen dieser Fibrinablagerungen betrifft, so sollte man annehmen, dass eine Behinderung des Blutabflusses, wie es besonders bei hochgradiger Anteflexion und Retroflexion der Fall ist, dieselbe sehr begünstige, jedoch genaue Beobachtungen über diesen Punkt fehlen noch; jedenfalls hängen sie

mit der mehr oder weniger rauhen Beschaffenheit des Placentarsitzes oder durch besonders stark entwickelte und in die Uterushöhle hineinragende Thromben zusammen.

Dieselben Gelegenheitsursachen bieten auch zurückgebliebene Placentarreste; schichtenweise lagert sich auf denselben Fibrin nieder und werden alsdann mit dem Namen „Placentarpolypen“ belegt. Während sich letztere besonders dann bilden, wenn die Nachgeburt künstlich gelöst werden muss, indem es ja beinahe unmöglich ist, beim Ablösen die Grenze zwischen Placenta und Uterus ganz genau inne zu halten, so können auch bei spontanem Abgang der Placenta einzelne Stücke sitzen bleiben.

So gibt Stadfeld*) an, dass er bei 70 Sektionen von Wöchnerinnen 7 mal wallnuss- bis gänseeigrosse Stücke im Uterus gefunden habe und zwar worunter 5 mal die Nachgeburt durch Hülfe der Natur abgegangen sei. Ebenso beschreibt Hüter**) einen Fall, wo nach spontanem Abgang der Placenta später noch ein Rest derselben im Uterus gefunden wurde.

Die sog. placentae succenturiatae begünstigen besonders das Zurückbleiben von Placentarresten; dieselben kommen bekanntlich dadurch zu Stande, dass einige nicht an der Stelle der decidua serotina sitzende Chorionzotten gefässhaltig bleiben und mit der decidua vera eine Gefässverbindung eingehen; sie hängen mit der Hauptplacenta nur durch die Eihäute und schwache

---

*) Schmidt's Jahrbücher. B. 118. p. 191.

**) M. f. G. IX. p. 117.

Gefässe zusammen und ermöglichen also leicht eine Lostrennung und Sitzenbleiben im Uterus.

Auch kann der Grund von Placentarresten in einer abnormen festen Verbindung zwischen Placenta und Uteruswand gelegen sein, wie wir es besonders bei Abortus oder Frühgeburten zu beobachten Gelegenheit haben. Häufig hat die Placenta schon an und für sich ein so weiches Gewebe, dass der geringste Zug genügt um einzelne Stellen zu trennen, während auch Fälle bekannt sind, wo in Folge von Exsudaten oder Extravasaten in das Parenchym der Placenta oder zwischen Placenta und Eihautüberzug eine Fortpflanzung des sich so einstellenden pathologischen Processes auf die nächste Umgebung statt hatte und dann später in Folge der Entzündung sich festere Adhäsionen ausbildeten.

In der Regel ist die Diagnose dieser Placentarpolypen nicht schwer zu stellen, indem der innere Muttermund länger als gewöhnlich offenbleibt oder sich doch bei erneueter Blutung wieder öffnet. Man führt aldann den Finger in den Uterus und man fühlt einen tumor, den man von allen Seiten umgehen und dessen Ansatz an den Uterus man erreichen kann.

Normaliter ist nämlich vom 12. Tage *) nach der Geburt der Muttermund mit dem Finger nicht mehr zu passiren, sitzt jedoch ein Rest der Placenta in der Nähe desselben, so ist dieser Veranlassung des längern Offenbleibens, indem derselbe sich der Involution des Uterus entgegensetzt; die Muskelfasern haben an der

*) Schröder's Lehrbuch der Geburtshülfe. S. 609.

betreffenden Stelle mehr oder weniger ihre Ernährung, ihrer allmähligen normalen Verfettung wird ein Hinderniss dadurch in den Weg gelegt und durch Fehlen von Contractionen an dieser Stelle bleiben die Gefässe offen und geben zu den oft bedrohlichen Blutungen Veranlassung, während der Involution in den obern Partien Weniger im Wege steht.

Sitzt jedoch ein Placentarpolyp oben am fundus, so haben wir gerade das Umgekehrte von dem eben Gesagten; während nämlich die Stelle, an der sich der Polyp befindet, gerade durch denselben an der Involution gehindert wird und hierdurch zu Blutungen Anlass gibt, kann die Involution des Uterus in den unteren Partien stattfinden; wir finden dann den innern Muttermund verengt und in solchen Fällen ist die Diagnose schon schwieriger und gelangt man nur vermittelst Anamnese und auf dem Wege der Ausschliessung zu derselben.

Die Prognose richtet sich im Allgemeinen nach der einzuschlagenden Therapie. Wird die Hülfe frühzeitig und in genügender Weise geleistet, so ist in der Mehrzahl der Fälle die Prognose eine günstige zu nennen, während in andern Fällen der Tod durch Verblutung eintreten oder dass eine Verjauchung des Polypen herbeigeführt und diese dann dem Leben der Patientin ein Ende machen wird. Wenngleich letzter Fall, wie die Erfahrung lehrt, selten eintrifft, so sind jedoch einzelne Fälle bekannt, wo es zur septischen Infection kam, während in andern das jauchige Product mit den Lochien abfloss.

Die Therapie dieser Polypen besteht in der bald möglichsten Entfernung aus dem Uterus. Ist der Muttermund offen und für den Finger zugängig, so gelingt es leicht, während man von Aussen sich den Uterus entgegenstülpt, den weichen Polyp durch Druck mit dem Finger zu lösen. Besitzt er einen härteren Stiehl, der diesem Druck nicht nachgibt, so versucht man denselben vermittelst des Nagels abzukneipen; gelingt dies nicht, so führt man unter Leitung des bereits im Uterus sich befindenden Fingers eine Kornzange ein, um mit dieser den Polyp zu erfassen und abzudrehen. Ist jedoch der innere Muttermund geschlossen, was wie oben gesagt, besonders dann vorkommt, wenn der Polyp sich im fundus befindet, weil in diesem Fall die Involution an den untern Partien des Uterus hat stattfinden können, so hat man, um zu seinem Ziele zu gelangen, sich denselben zuerst für den Finger durchgängig zu machen, was am besten mit Pressschwamm geschieht, welches Verfahren in Folgendem etwas näher erörtert werden soll.

Der Gebrauch des Pressschwamms ist schon alt, wenigstens in der Chirurgie, während er in der gynäcologischen Praxis erst von Simpson *) eingeführt und zu intrauterinen Zwecken benutzt wurde. In neuerer Zeit haben nun einige Aerzte, unter denen in Deutschland besonders Carl Braun **) sich gegen die Anwendung des Pressschwammes ausgesprochen und wollen an dessen Stelle laminaria digitata, eine Algenart, die

*) Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. von Veit. S. 259.

**) Wiener medic. Wochenschrift. No. 31. 1863.

die Eigenschaft hat im feuchten Zustande bedeutend aufzuquellen, gebraucht wissen. Scanzoni *), welcher derselben Ansicht ist, sagt über letztere:

Die laminaria bietet, verglichen mit dem Pressschwamm, den Vortheil, dass ihre Oberfläche glatt, die Application also leichter ist, dabei quillt sie gleichförmig ihrer ganzen Länge nach auf und zeigt dann nie die ringförmigen Einschnürungen, wie sie so oft am Pressschwamm durch im Cervikalkanal vorhandene, durch schwieliges, unnachgiebiges Gewebe bedingte kreisförmige Stricturen hervorgerufen werden, welche letztere der Einwirkung des Pressschwammes gewöhnlich hartnäckig widerstehen, während die oberhalb oder unterhalb gelegenen Partien die gewünschte Ausdehnung erhalten. Auch können die Laminariastäbchen längere Zeit in den Genitalien liegen gelassen werden, ohne den höchst unangenehmen fötiden Geruch anzunehmen, welchen der Pressschwamm unter diesen Verhältnissen verbreitet. Endlich kann man durch Aneinanderbinden von 3 — 4 solcher Stäbchen sehr bedeutende Erweiterungen des Cervikalkanals erzielen, so dass ihre Wirkungsweise auch in dieser Beziehung jener des Pressschwammes nicht nachsteht. Berücksichtigt man ferner, dass es häufig sehr schwer fällt, diesen letztern in vollkommen zweckentsprechender Weise präparirt zu erhalten, so wird es nicht befremden, wenn wir gegenwärtig zu dem in Frage stehendem Zwecke die Laminariastäbchen ausschliesslich in Gebrauch ziehen und ihre Anwendung auch Andern empfehlen.

---

*) Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sexualorgane. S. 36.

Allerdings hat der Pressschwamm die Uebelstände, dass er durch seine Verfilzung mit der Schleimhaut leicht Erosionen verursacht, dass er durch seine rasche Zersetzung einen üblen Geruch erzeugt und im Vergleich zu der laminaria, wenigstens die dünnern Pressschwämme, schwieriger einzuführen ist; jedoch alle diese Uebelstände treten im Vergleich zu den Vortheilen, die uns der Pressschwamm gewährt, entschieden in den Hintergrund.

„Den wesentlichsten Vorzug der Pressschwämme sagt Spiegelberg*) ist die wohlbekannte, in dieser Beziehung aber kaum genügend gewürdigte Eigenschaft derselben durch Flexion und seröse Exsudation in das gedehnte Gewebe eine enorme Lockerung und Dilatabilität derselben zu Wege zu bringen, eine Nachgiebigkeit, welche für unsere Zwecke höchst wesentlich ist. Den Widerstand des Isthmus, der überwunden werden muss, sollen die intrauterinen Eingriffe gefahrlos sein, bricht man mit der laminaria nie; daher mag es wohl kommen, dass fast nur nach Laminaria-Dilatationen schon vor Ausführung der eigentlichen Medication parametritis hin und wieder eingetreten ist.

Ferner abgesehen davon, dass die in den Handel gebrachten Laminaria-Stifte meistens so dünn sind, dass man um eine grössere Erweiterung zu bewerkstelligen, mehrere neben einander binden muss, was jedoch sehr eingreifend ist, so sind auch die käuflich zu habenden meistens so kurz, dass sie für unsere Zwecke nicht zu gebrauchen sind. Freilich ist da vor-

*) Otto Spiegelberg über intrauterine Behandlung.

geschlagen worden dieselben mit einem Holzstift aneinander zu heften um die gehörige Länge herauszubringen, jedoch dieselben können gerade durch letztern Umstand bei der Quellung sehr gefährlich werden und sehr üble Folge herbeiführen.

Was das feste Liegen anbetrifft, so muss man ganz sicher dem Pressschwamm entschieden den Vorzug vor der laminaria geben, indem derselbe, wie oben bemerkt, gleichsam eine Verfilzung mit der Cervikalschleimhaut eingeht, die laminaria jedoch oft trotz Tamponade der vagina ihren Sitz nicht inne hält. Dem langsamern Aufquellen der laminaria hat man durch Durchbohrung derselben nachgeholfen, so dass dieselbe in dieser Hinsicht dem Pressschwamme gleichkommt, dass jedoch Sekrete des Uterus durch die auf diese Weise perforirte laminaria ausfliessen können, scheint unwahrscheinlich zu sein.

Ferner ist es sehr fraglich, was sich am leichtesten und Schnellsten verschaffen lässt, Pressschwämme oder laminaria? Erstere sind in jeder Apotheke zu haben, kann sie sogar selbst oder unter seiner eignen Aufsicht anfertigen lassen und erhält dann dieselben nach Grösse, Form und Beschaffenheit, wie sie für den einzelnen speciellen Fall nöthig sind, während man laminaria oft gar nicht erhält, oder wenn sie zu haben sind, oft so zubereitet, dass dieselben mehr schaden als nützen. Es kommt nämlich sehr oft vor, dass die künstlichen Laminaria-Stifte mit kaustischen Alkalien zubereitet werden und dass solche dann sehr üble Folgeerscheinungen hervorrufen können, ist wohl nicht zu bezweifeln.

Wie früher bemerkt, ist also ein geschlossener innerer Muttermund bei Placentarpolypen eine Indication den Pressschwamm anzuwenden, um sich den Muttermund durchgängig zu machen. Die Application kann etweder mit Gebrauch des Speculum oder unter alleiniger Direction der Hände vor sich gehen. Für erste Einführung stimmt Marion Sims *) und beschreibt seine Methode folgendermassen:

Die Patientin befindet sich in der linken Seitenlage und mein Speculum wird eingeführt; das os uteri wird mittelst eines feinen Häkchen, welches in die vordere Lippe eingehakt ist, leicht nach vorwärts gezogen. Das Häkchen fixirt den Uterus, während man den mit der Zange festgehaltenen Schwamm leicht und sanft in den Mutterhals, so tief als es die Umstände erheischen, einbringt, ohne dass dadurch Schmerz verursacht würde.

Diese Art der Application ist die umständlichere und ist dann anzurathen, wenn man einen sehr dünnen Pressschwamm einzuführen hat, weil dieselben schwieriger einzulegen sind und durch die Berührung mit dem Sekrete des untern Cervikalkanales schon sehr rasch aufquillen und dadurch unbrauchbar werden. Auch empfiehlt sich diese Methode für Ungeübtere, da es doch offenbar ist, dass die Einlegung unter Leitung des Auges eine viel leichtere und raschere ist, als nur unter alleiniger Direction der Hände.

Die andere Methode ist die etwas schwierigere und besteht darin, dass man unter Leitung zweier in

*) Sim's Gebärmutter-Chirurgie von Dr. Seigel. S. 40.

die vagina eingebrachten Finger den Pressschwamm mit einer Kornzange oder indem man denselben auf einen Leitungsdraht eines elastischen Chatheters steckt, dem man mit Leichtigkeit eine solche Beckenkrümmung geben kann, wie sie eine Uterussonde hat, in den Cervikalkanal bringt, ein Verfahren, welches von Dr. Hüter stets mit gutem Erfolg angewendet wurde und sich besonders für die Privatpraxis eignet, jedoch schon einige Uebung voraussetzt. Die Befestigung auf dem Leitungsdraht macht keine Schwierigkeit, indem ja gewöhnlich der Pressschwamm durch die Art und Weise seiner Fabrikation schon durchbohrt, oder wenn das nicht der Fall sein sollte, man sehr leicht den Leitungsdraht in das untere Ende des Pressschwammes hineinstecken kann.

Ist der Pressschwamm zur Hälfte im Cervikalkanal vorgedrungen, so zieht man den Leitungsdraht zurück und schiebt mit dem Finger den Pressschwamm völlig hinein, während man von Aussen einen Druck auf den Uterus in entgegengesetzter Richtung ausübt.

Das Hinderniss, welches dem Einführen durch den Knickungswinkel bei Flexionen geboten wird, wird in der Regel durch den Pressschwamm selbst überwunden; gelingt dies jedoch nicht, so hat man den Knickungswinkel zuerst zu beseitigen, indem man vermittelst der einen Hand den Uteruskörper in seine richtige Lage bringt oder wie Otto Spiegelberg*) einen Fall beschreibt, indem derselbe den Knickungs-

*) Ueber intrauterine Behandlung. Otto Spiegelberg. Leipzig 1871.

winkel dadurch hob, dass er eine fast gerade Sonde einlegte und bei liegender Sonde den Pressschwamm in bezeichneter Weise vorwärtsdrückte, während ein Gehülfe jene in demselben Maase langsam zurückzog.

Die Entfernung des Pressschwamms bedarf auch einiger Vorsicht. Vor allem hat man sich zu hüten, denselben nicht plötzlich und rasch aus dem Cervikalkanal hervorzuziehen, sondern man sucht denselben zuerst durch gelinden Zug zu lockern und dann durch allmähligen stärkern Zug zu entfernen; jeder Pressschwamm ist nämlich an seinem untern Ende mit einem Faden durchzogen, den man zum Entfernen benutzt. Sollte derselbe jedoch abreissen oder sollte der Schwamm gar abbrechen, so wäre die Benutzung einer Kornzange mit Beckenkrümmung am Platze. Während des Entfernens thut man gut den Uterus durch entgegengesetzten Druck von der vagina aus zu stützen.

Bei Placentarpolypen genügt in der Regel ein Pressschwamm um den innern Muttermund so weit zu öffnen, dass man mit dem Finger durchkommen kann, indem das Gewebe des uterus noch sehr weich und nachgiebig ist. Bei nicht puerperalen Zustande des Uterus muss bekanntlich stets ein zweiter, sogar ein dritter Pressschwamm zum Eröffnen des innern Muttermundes angewendet werden.

Man lässt den Pressschwamm 24 Stunden liegen und stülpt sich nach Entfernung des Schwamms, während man mit dem einen Finger eingeht, mit der andern Hand den Uterus handschuhartig über den Finger und entfernt den Polypen nach der früher angegebenen Methode. Wesentliche Erleichterung gewährt

hierbei, wenn man sich den Steiss durch ein untergelegtes Kissen erhöht. Chloroform ist in den meisten Fällen nicht anzuwenden, da das durch lange Blutungen Herabgekommensein eine Contraindication bietet, obgleich dasselbe der Patientin manchen Schmerzenslaut ersparte, als auch für den Operateur die Sache sehr erleichtert würde, da durch dasselbe der von den sehr angespannten Bauchdecken geleistete Widerstand gehoben wird. Jedenfalls ist die Anwendung des Pressschwammes in diesen Fällen zu empfehlen. Findet man die Patientin durch längere Blutungen herabgekommen, ist der Muttermund für den Finger unzugänglich und hat man die Diagnose auf zurückgebliebene Placentarreste durch Anamnese oder auf dem Wege der Ausschliessung gestellt, so verdient dieses Verfahren ganz entschieden den Vorzug vor jeder andern Behandlung.

Herr Dr. Hüter war so freundlich mir einige von ihm beobachtete und von ihm mit Pressschwamm behandelte Fälle von Placentarpolypen zu Verfügung zu stellen, die ich hier in aller Kürze mittheilen will.

1. Fall. Frau E. M. in M. hatte am 2. August 1872 das erste Kind, einen Knaben, in Schädelstellung natürlich geboren, die Nachgeburt war angeblich ohne Schwierigkeiten von der Hebamme entfernt worden. Die Frau verliess am 12. August das Wochenbett, indem sie sich vollkommen gesund gefühlt hatte und besorgte seitdem ihre häuslichen Geschäfte. Am 22. August trat ohne besondere Veranlassung eine Uterinblutung ein, welche in den nächsten Tagen sich mässigte, aber nie völlig cessirte.

Am 27. August fand Herr Dr. Hüter die Frau in einem mässig anämischen Zustand. Die Milchsekretion, welche sehr reichlich gewesen war, hatte abgenommen.

Der Uterus stand einige Finger breit oberhalb der Symphyse; derselbe erschien auch per vaginam vergrössert; die Vaginalportion war 1,5 Centm. lang. Der äussere Muttermund klaffte ein wenig, so dass er die Fingerspitze aufnahm; in den Cervikalkanal einzudringen, war unmöglich, weil er zu sehr verengt war.

Es floss fortwährend Blut aus dem Muttermund.

Es wurden kalte Injectionen in die vagina gemacht und innerlich secale cornutum 0,3 dos. No. 10 verordnet.

Am 28. August hatte der Blutabgung eher zu- als abgenommen. Daher wurde am Abend dieses Tages von Herrn Dr. Hüter ein Pressschwammkegel in den Cervikalkanal geschoben und um denselben fixirt zu erhalten, ein kleiner Baumwollen-Tampon in die vagina gelegt.

Am 29. August Morgens wurde sowohl der Tampon wie das Pressschwammstück entfernt. Der linke Zeigefinger durchdrang den Cervikalkanal, indem der Uterus oberhalb der Symphyse hinabgedrückt wurde. Im innern Muttermund lagen einige Blutcoagula und links im fundus traf der Zeigefinger auf einen 2 Centimeter grossen Cotyledo der Placenta, welcher abgelöst und alsdann aus dem erweiterten Cervikalkanal herausbefördert wurde. Es wurde nun eine intrauterine Injection mit kaltem Wasser gemacht, wonach nur blutig gefärbtes Wasser abfloss. Der Uterus contrahirte sich deutlich unter der zu fühlenden Hand.

Der entfernte Cotyledo erschien serös infiltrirt und zeigte an einer Stelle eine nicht unerhebliche Verdickung des Deciduа-Ueberzuges.

Die Wöchnerin erholte sich bald, da eine Blutung nicht wieder eintrat und verliess am 9. September das Bett.

2. Fall. Frau M. in R., 42 Jahre alt, Mutter von 10 Kindern, deren letztes noch von ihr gestillt und 1 Jahr alt war, bekam Mitte Juni zum ersten Mal Blutabgang aus den Genitalien. Die Menstruation war während des Stillens nicht eingetreten. Der Blutabgang dauerte, fast ununterbrochen, bis zum 24. Juli, an welchem Tage er sich steigerte und mit Schmerzen verbunden war. Die Lactation versichte von dieser Zeit an.

Seit diesem Tage mässigte sich der Blutabgang und hörte im Monat August einige Wochen lang ganz auf.

Gegen den 20. August stellte sich die Uterinblutung wieder ein und wurde in den nächsten Tagen sehr erheblich.

Am 27. August fand Herr Dr. Hüter bei der sehr anämischen Frau den Uterus vergrössert und in mässigem Grade retrovertirt. Der Muttermuud klaffte ein wenig, so dass er die Fingerspitze aufnahm.

Es wurden kalte Injectionen in die vagina gemacht und innerlich secale cornut. 0,3 dos. No. X. verordnet.

Die Blutung stand bis zum 5. September, von welchem Tage an unaufhörlich Blut aus dem Uterus abging. Die Frau war dadurch noch mehr anämisch geworden, wesshalb am 12. September Abends gegen 5 Uhr ein Pressschwammkegel in den Cervikalkanal geschoben wurde.

Am 13. September 4 Uhr Nachmittags wurde derselbe entfernt und der rechte Zeigefinger dringt durch den erweiterten Cervikalkanal und den innern Muttermund in das Cavum uteri, indem gleichzeitig durch Druck oberhalb der Symphyse der Uterus herabgedrückt wird. Der Finger findet rechts im fundus uteri eine etwa bohnengrosse, prominirende Stelle, welche dem Fingerdruck nachgiebt und abgeht. Das abgelöste und herausbeförderte Gewebsstück zeigte sich als ein Placentar-Rest, welcher wie ausgewaschen erschien. Es hafteten demselben einige kleine Blutcoagula an. Es wurde nun mit kaltem Wasser eine intrauterine Injection gemacht. Die Frau war sehr collabirt, klagte über Schwindel und Brausen vor den Ohren, wesshalb derselben einige Esslöffel Wein verabreicht wurden.

Dem Berichte nach erholte sich die Frau, ohne dass Blut wieder abging und stand 14 Tage später zum ersten Mal wieder auf.

In letzter Zeit hat Herr Dr. Hüter erfahren, dass sich bei derselben die Menstruation alle 4 Wochen sehr profus einstellt.

3. Fall. Frau D. in M., 35 Jahre alt, welche 8 Kinder geboren hatte, bekam am 10. September 1872 eine sehr profuse Uterinblutung, nachdem 10 Wochen vorher die Menstruation zum letzten Mal eingetreten war. Eitheile waren in dem abgegangenen Blute

nicht aufzufinden. Der Uterus war oberhalb der Symphyse zu fühlen, der Cervikalkanal war für den Finger durchgängig. Es gelang aber nicht den Finger durch den innern Muttermund zu schieben. Weil die Blutung nicht schwieg und die Frau wiederholte Anfälle von Ohnmacht bekam, wurde ein dünnes, elastisches Mutterrohr so hoch als möglich in den Cervikalkanal geschoben und kaltes Wasser injicirt. Die Blutung stand darauf und Frau D. verliess 14 Tage später das Bett.

Am 1. October 1872 wurde von Dr. Hüter ein Stück Presschwamm in den verengten Cervikalkanal geschoben, weil Frau D. seit 8 Tagen durch erneuerten Blutabgang an das Bett gefesselt war.

Am 2. October dringt der rechte Zeigefinger nach Entfernung des Presschwammes durch den Cervikalkanal und den innern Muttermund in das Cavum uteri, indem gleichzeitig durch Druck von Aussen der Uterus herabgedrückt wird. In dem Cavum uteri stösst der Zeigefinger auf einige kleine Blutcoagula und bestreicht an der rechten Seite die durch den Placentarsitz hervorgerufene rauhe Fläche der Uterinschleimhaut. Ein Theil, welcher als Placentarrest anzusprechen ist, wird nicht gefunden.

Es wird darauf kaltes Wasser in den Uterus injicirt, die Blutung schweigt und die Frau erholt sich bei guter Nahrung und unter Gebrauch von ferrum lacticum, sodass sie nach 14 Tagen das Bett verlassen konnte.

4. Fall. G. F. in O., 38 Jahre alt, hatte vor 3 Jahren ihr erstes Kind natürlich geboren und war im Wochenbett gesund geblieben.

Am 26. December 1872 abortirte die Frau F. unter Beistand der Amme, nachdem 10 Wochen vorher die Menstruation cessirt hatte. Die Frau spürte, nachdem sie das Bett wieder verlassen, Blutabgang aus den Genitalien, welcher trotz ärztlicher Behandlung nicht zum Stillstand kam.

Am 27. Februar sah Herr Dr. Hüter die Frau zum ersten Mal und fand dieselbe in einem mässig anämischen Zustande. Der Uterus war 2 Finger breit über der Symphyse zu fühlen, per vaginam schien derselbe ebenfalls vergrössert, die Vaginalportion 1,5 Centm lang, der äussere Muttermund etwas klaffend, sodass

er die Aufnahme der Fingerspitze gestattete. Der Blutabgang war ein massiger.

Es wurde ein Pressschwammkegel in den Cervikalkanal eingeschoben und ein kleiner Baumwollentampon in die vagina eingelegt.

Am 28. Februar 4 Uhr Nachmittags wurde der Pressschwamm entfernt, worauf der linke Zeigefinger durch den erweiterten Muttermund in das Cavum uteri eingeführt, während gleichzeitig von Aussen der Uterus abwärts gedrückt wird. Mit der Dorsalfläche des Zeigefingers bemerkte man deutlich kleine Placentarreste rechts im Uterus, mehr nach dem fundus hin. Weil die Volarfläche des linken Zeigefingers nicht gegen die rechte Uterinwand hinzudrehen war, wurde derselbe zurückgenommen und der rechte Zeigefinger eingeführt, ein Verfahren, welches für die Person sehr schmerzhaft als auch für Herrn Dr. Hüter sehr schwierig war. Es gelang indessen die Placentarreste mit dem rechten Zeigefinger abzulösen, wobei sie sich in 2 Stückchen trennten, von denen das eine mit dem Zeigefinger entfernt wurde, während das andere am innern Muttermund liegend, mit einer Kornzange gefasst und herausgefördert wurde. Es geschah dieses Letztere um das abermalige, sehr schmerzhafte Einführen mit dem Zeigefinger zu vermeiden.

Es wurde darauf eine intrauterine Injection mit kaltem Wasser gemacht, wodurch noch ein drittes kleines Gewebsstückchen, welches deutlich das Placentargewebe zeigte, aus dem Uterincavum abging. Das Placentargewebe sah wie ausgewaschen aus und an einer Stelle schien der Deciduaüberzug verdickt zu sein.

Die sehr collabirte Person erholte sich erst nach einer halben Stunde, nachdem ihr mehrere Esslöffel voll Wein verabreicht waren. Sie hat 14 Tage zu Bette gelegen, ist dann wieder aufgestanden, ohne je wieder eine Blutung bekommen zu haben und befindet sich dem Berichte nach jetzt völlig gesund.

Vorstehende Fälle sprechen also sehr für die Anwendung des Pressschwammes zur Entfernung von Placentarpolypen bei geschlossenem inneren Muttermund und längerm Blutabgang. Sollte jedoch kein Placentarpolyp, wie es bei Fall III sich zutrug, gefunden

werden so hat man durch die Anwendong des Pressschwammes doch so viel erlangt, dass man die intrauterine Behandlung einleiten und die Blutung zum Stillstehen bringen kann, ein Verfahren, welches auch jedem andern exspectativen vorzuziehen ist.

In der Regel wendet man den Tampon der vagina an, so lange die Eitheile noch nicht im Cervikalkanal gelöst sich vorfinden und eine Blutung noch besteht. Jedoch trotz dieses Verfahrens kommt es häufig zu einem Zeitpunkt, wo ein längeres Warten die grösste Gefahr bringt und der Arzt sich genöthigt sieht, die exspectative Behandlung zu verlassen und den Uterus zu entleeren, sowohl um die Blutung zu verhindern als auch einer septischen Infection entgegen zu treten. Zu diesem Zwecke sind die verschiedensten Instrumente construirt und empfohlen worden, von denen Levret's Pince à faux germes und Hohl's Abortuszange die bekanntesten sind. Das Instrument von Levret ist sehr breit und kann daher nur dann gebraucht werden, wenn der innere Muttermund hinreichend erweitert ist, während die Abortuszange von Hohl, die wie eine gewöhnliche Geburtszange aus zwei Theilen besteht und wie diese auch getrennt eingeführt wird, schon eher anzuwenden ist. Ein anderes Instrument hat Hüter*) construirt. Ferner findet sich ein Instrument von Elias v. Lujulsky**) und von Bond***) einem Amerikaner, angegeben. Breslau †) benutzte zur Ent-

*) M. f. G. B. IX. p. 280.

**) Med. Zeitschrift Russlands. 1855.

***) Amerc. Journal of med. sc. April 1844.

†) Wiener Med. Presse. 1866. No. 40, 41 u. 42.

fernung von Eiresten eine 23 Cm. lange Kornzange, während Dubois*) den Muttermund vermittelst eines Mutterspiegels erweiterte und die Eitheile darauf mit einer Pincette entfernte.

Jedoch alle diese Methoden haben den Nachtheil, dass man durch Einführung von Instrumenten den Uterus sehr häufig verletzt und daher oft nach Entfernung von Eitheilen aus demselben Para und Primitritis entstehen sieht.

Dr. Hoening**) hat gute Erfolge erzielt, wenn nur geringe Reste von Eitheilen die Blutung noch unterhielten, durch intrauterine Injectionen von Wasser oder von adstringirenden oder antiseptischen Flüssigkeiten und gebraucht hierzu bei wenig geöffnetem Muttermund einen silbernen männlichen Catheter und eine Spitze mit zugespitztem Endstück, das genau in den Catheter passt.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass der eben genannte Dr. Hoening zur Entfernung von Abortiveier die Expressionsmethode empfohlen und mit gutem Erfolge angewandt hat; ob sich aber dieses Verfahren auch bei Placentarpolypen gebrauchen lässt, wie er glaubt, wird die Zukunft lehren; er spricht nur von Fällen in denen der innere Muttermund für den Finger zugängig ist; sollte dies nicht stattfinden, so ist auch bei dieser Methode die Erweiterung des innern Muttermundes durch Pressschwamm vorher zu erwirken.

*) Gazette des hopitaux. 1845. No. 65.

**) Zur Pathologie u. Therapie des Abortus von Dr. Hoening.

Herrn Dr. H ü t e r spreche ich hiermit für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Es ist die Pflicht einer jeden Mutter ihr Kind selbst zu stillen.

II.

Dem Spitalarzte muss das Recht eingeräumt werden, geschlechtlich erkrankte öffentliche Dirnen bis zu ihrer völligen Heilung in der Anstalt zurück halten zu dürfen.

III.

Die durch Chloroform hervorgerufene Narcose ist der beste Gehülfe bei Einrichtung von Curationen.

IV.

Für die Landpraxis ist es oft von Nöthen par distance den Patienten zu behandeln.

V.

Die Schultze'sche Methode zur Entfernung aspirirter Massen aus den Luftwegen der Neugebornen, ist der Behandlung mittelst des elastischen Catheters vorzuziehen.

Verfasser, Sohn des Lederfabrikanten Franz Keller und der Maria Magdalena Keller, geb. Limbourg, katholischer Confession, geb. zu Trier, den 19. Mai 1846, besuchte das Gymnasium ebendaselbst bis Secunda, ging dann zur weitern Fortsetzung seiner Studien nach Warendorf, wo er im Herbste 1867 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Er widmete sich dem Studium der Medicin und besuchte zu diesem Zwecke die Universitäten Bonn, Würzburg und Marburg. Auf letzterer bestand er das tentamen physicum, sowie das Staatsexamen und das tentamen rigorosum.

Allen seinen academischen Lehrern, den Herrn: Kekule, Pflüger, Plücker, Preyer, Schaaffhausen, Schultze, de la Valette, M. J. Weber, — von Bamberger, Dehler, Geigel, Hilger, Kundt, Cöster, von Linhardt, Müller, von Recklinghausen, Rinecker, Rossbach, Scanzoni, Stöhr, — Benecke, Carius, Dohrn, Hüter, Horstmann, Langhans, Lieberkühn, Mannkopff, Nasse, Roser, Schmidt, Wagner, spricht er hiermit seinen Dank aus.